

Settimane n° 2 del 31/1/2017

REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Salvatore Brugaletta

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 75

Data 31 GEN. 2017

OGGETTO: Adozione Piano Triennale per la Performance 2017/2019.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
Dr.ssa Maria Letizia Carveni

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto attesta, su conforme dichiarazione del personale incaricato dell'affissione, che la presente deliberazione è stata affissa all'albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ai sensi ed per gli effetti dell'art. 53 della L.R. n. 30/93 e successive modificazioni dal giorno al giorno

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
Dott.ssa Maria Letizia Carveni

Siracusa, li

La presente deliberazione è stata notificata al Collegio Sindacale in data
Prot. n°

IL RESPONSABILE DI SEGRETERIA
Dott.ssa Maria Letizia Carveni

La presente deliberazione E' COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE POER USO AMMINISTRATIVO.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA
Dott.ssa Maria Letizia Carveni

Dimostrazione della compatibilità economica:

Bilancio 2016

Centro di Costo

Conto Economico

Budget assegnato €

Budget già utilizzato €

Budget disponibile €

da cui prelevare la spesa prevista dal presente

atto, pari ad €

Disponibilità residua

di budget €

☐

Non comporta spesa

DIREZIONE GENERALE

Struttura Tecnica Permanente

Salvatore Brugaletta

Addi 31 GEN. 2017, nei locali della sede legale dell'Azienda, siti in C.so Gelone 17 – Siracusa – il Direttore Generale, Dott. Salvatore Brugaletta, nominato giusto D.P.R.S. n 202/Serv.1/SG del 24.6.2014, assistito dalla Dr.ssa Maria Letizia Carveni con funzioni di Segretario, ha adottato la seguente deliberazione, sulla base della proposta di seguito riportata:

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa Dott. Salvatore Brugaletta

Premesso che il D.L.vo del 27 ottobre 2009 n. 150 di "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*" all'art. 15, comma 2 lettera b), prevede che l'organo di indirizzo politico-amministrativo delle PP.AA. definisce, in collaborazione con i vertici dell'organizzazione aziendale, il Piano della Performance e la Relazione di cui all'art. 10 comma 1, lettere a) e b);

Che la struttura e modalità di redazione del Piano della Performance sono state definite dalla CiVIT con le delibere n. 112/2010 e 5/2012 le cui prescrizioni assumono la valenza di linee guida anche per le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale;

Che l'Assessorato Regionale della Salute – dipartimento per la pianificazione strategica - con nota n.9109 del 28 Gennaio 2011, ha richiamato l'orientamento, ribadito dalla CiVIT nella delibera n.113/2010 del 28.10.2010, per cui le disposizioni del titolo II del D.Lgs 150/2009 si applicano anche agli enti del Servizio Sanitario Nazionale – in quanto enti compresi nel novero delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001- a decorrere dal 1 gennaio 2011 ;

Che, conseguentemente, con Decreto Assessoriale n. 01821/11 del 26/09/2011, sono state approvate le *Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.*, finalizzate a recepire in ambito sanitario le disposizioni nazionali sulla misurazione e valutazione della performance secondo il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e sono state invitate le Aziende Sanitarie a porre in essere tutti gli adempimenti obbligatori in materia di misurazione e valutazione delle performance e, fra l'altro, la redazione del documento programmatico triennale denominato Piano della Performance;

Visto il piano POCS 2013 -2015 per la Regione Siciliana;

Preso atto che l'Assessorato Regionale della Salute ha provveduto ad assegnare gli obiettivi ai Direttori Generali delle ASP e fra cui n.5 capitoli di intervento riconducibili al Piano Attuativo Aziendale, che configura il contributo organizzativo/operativo dell'Amministrazione alle linee di intervento indicate nel Piano Sanitario Regionale;

Vista la delibera n. 890 del 13.10.2016 con la quale questa ASP ha adottato il Piano della Performance 2016-2018;

Rilevato l'obbligo annuale di ottemperare al punto a) del D.A. 01821/11 del 26/09/2011 nell'ambito del processo di valorizzazione del personale, che prevede che le Amministrazioni redigano, entro il 31 Gennaio , l'Aggiornamento annuale del Piano triennale della Performance in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio individuando gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo annuale;

Visto l'art. 10, comma 5 del d.lgs. n. 150/09;

Richiamate le deliberazioni ANAC (ex CIVIT) n.113/2010, in particolare le delibere n. 4/2012, n. 6/2013 (*linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013*)

nonché le indicazioni operative dell'ANAC del 10.01.2014, ai fini dell'avvio del ciclo di gestione della performance 2014 - 2016, in cui – tra l'altro – è sottolineata la necessità di integrazione con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione;

Stante l'esigenza di aggiornare annualmente il predetto piano triennale parametrando gli indicatori degli obiettivi individuati a quelli contenuti nel sopra citato D.A. ed all'assetto Aziendale vigente;

Visto la proposta di *piano della performance 2017-2019* formulata dal responsabile della Struttura Tecnica Permanente di questa ASP, redatta in ossequio alle linee di indirizzo regionali di cui al più volte citato DA 01821/11, al Piano Sanitario Regionale, al Piano Attuativo Aziendale, alle indicazioni dell'ANAC (ex CIVIT) ed alle azioni inerenti le Linee Progettuali dei Progetti Obiettivi di PSN anno 2013 assegnati all'Asp di Siracusa;

Riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nella proposta di Piano della Performance Triennale allegata, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;

Dare atto che con l'approvazione del documento allegato si completano gli strumenti attinenti il *processo di governance* relativi alla Performance, alla Trasparenza ed all'Anticorruzione – piani già aggiornati con deliberazione n. 890 del 13.10.2016;

Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

DELIBERA

Per le ragioni esposte in premessa che qui si intendono ripetute e trascritte;

1. Di adottare l'aggiornamento annuale , ai sensi del Decreto legislativo n. 150/09, del Piano triennale della performance 2017-2019 dell'ASP di Siracusa, nel testo che si allega al presente atto per farne parte integrante;
2. Di dare atto che il perseguimento degli obiettivi programmati è soggetto alla valutazione dell'OIV;
3. Di pubblicare il presente Piano sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente";
4. Di riservarsi di apportare eventuali variazioni, durante l'esercizio, agli obiettivi annuali ed agli indicatori previsti nel Piano della Performance Triennale allegato, qualora le stesse si rendessero necessarie in esito agli obiettivi che verranno assegnati alla Direzione Generale di questa ASP, a sopravvenute esigenze aziendali, nonché a seguito del susseguente percorso di negoziazione;
5. Di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante l'esigenza di rispettare il dettato normativo, nonché le disposizioni regionali.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Di Bella

Il Direttore Sanitario
Dott. Anselmo Madeddu

Aggiornamento Delibera

Delibera Visti Impegni Rif.Prop. Rif.Doc. Allegati Proposta Verbale

N°: 2017/75 Tipo Registro: Deliberazioni ASP Siracusa Data: 31/01/2017
Oggetto: ADOZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PERFORMANCE 2017/2019

Proposta: 2017/2 dell'ufficio: Direzione Generale

Data: Data Fine: [L'ATTO CONSTA DI N.1 ALLEGATI](#)

Pubblicazione: 05/02/2017 19/02/2017 Albo: 2017/592

Pubblicazione 2:

Esecutività: Numero ☐ Immediata

Annullamento:

Approvazione: ☐ Approv. Parziale

Protocollo:

Riservato: ☐

Mod da: BRUGALETTA GIUS il: 31/01/2017 17:38:48



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

PIANO DELLA PERFORMANCE

Triennio 2017 - 2019

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. ANSELMO MAEDDU

IL DIRETTORE MMINISTRATIVO

Dott. GIUSEPPE DI BELLA

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. SALVATORE BRUGALETTA

Sommario

1. Presentazione del Piano	Pag. 3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per il cittadino e gli stakeholder esterni	Pag. 5
2.1 Chi siamo	Pag. 5
2.2 Cosa facciamo	Pag. 5
2.3 Come operiamo	Pag. 6
3. Identità	Pag. 16
3.1 L'amministrazione "in cifre"	Pag. 16
3.2 Fondi	Pag. 22
4. Analisi del contesto	Pag. 22
4.1 Mandato istituzionale e missione	Pag. 24
5. Albero della performance	Pag. 25
5.1 Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi	Pag. 26
Obiettivi contrattuali generali	Pag. 27
Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi	Pag. 28
5.1a P.A.A.	Pag. 30
POCS	Pag. 32
PSN	Pag. 34
5.1b Esiti	Pag. 36
5.1c Progetti di miglioramento del funzionamento dei servizi	Pag. 37
5.1d Obiettivi specifici aziendali	Pag. 37
Integrazione del Piano della Performance con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione	Pag. 37
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi individuali	Pag. 40
7. Il sistema di valutazione e misurazione della performance	Pag. 44
8. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	Pag. 45
9. Processo per la misurazione e valutazione ann.le della performance organizzativa individuale	Pag. 47

Allegati

- Scheda obiettivo Pag. 56
- Piano di azione Pag. 57

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO

Il Piano della performance viene adottato annualmente ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lett. B) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n°150, di seguito indicheremo come decreto, al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance.

La "performance" è il contributo che l'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati nonché alla soddisfazione dei bisogni per i quali è stata costituita.

Il Piano della performance costituisce lo strumento programmatico triennale con cui l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa rappresenta agli organi superiori, ai dirigenti ed agli "stakeholder", gli obiettivi, gli indicatori, i target che l'Amministrazione intende raggiungere nel triennio; su tali elementi (obiettivi, indicatori, target) si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il Piano è articolato nelle seguenti fasi:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati.

Secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

1. gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi ;
2. gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
3. gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli indirizzi strategici (art. 15, comma 2, lett. b del decreto legislativo) sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del relativo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la

valutazione della performance. Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'art. 8 del decreto, sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della performance di cui all'art. 7 del decreto legislativo.

Il Piano contiene infine gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori al fine di consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui all'art. 9, comma 1, lett. a e b del decreto legislativo.

2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI STAKEHOLDER ESTERNI

2.1 – CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale approvato con Decreto Assessoriale n° 214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11.4.2016.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 403.985 abitanti (al 1.1.2016), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti;
- dipendenti;
- istituzioni;
- fornitori;
- terzo settore.

2.2 – COSA FACCIAMO

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa

fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza - L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità e umanizzazione dei servizi all'utente, la tutela e partecipazione del cittadino, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, l'assistenza sanitaria agli stranieri regolari e non, la collaborazione con gli enti locali, lo sviluppo della Rete Civica della Salute, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato. Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

2.3 – COME OPERIAMO

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnate dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

L'ASP persegue l'obiettivo della centralità del cittadino attraverso diversi organismi in cui l'utente ha un ruolo fondamentale: Comitato Consultivo Aziendale, la rilevazione sistemica della qualità percepita (Customer Satisfaction), l'Audit Civico e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con Decreto Assessoriale n° 214/2016, recepito con deliberazione n. 301 del 11.4.2016 ha individuato la struttura

organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda. I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Dir. Generale.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

Appartengono allo staff le seguenti U.O. con le competenze a fianco specificate.

PIANIFICAZIONE

Principali compiti dell'ufficio Pianificazione:

- ✓ la predisposizione delle schede di budget relative alle diverse articolazioni della azienda, in base agli obiettivi strategici indicati dalla Direzione;
- ✓ l'assistenza alla Direzione Generale nella negoziazione del budget;
- ✓ la predisposizione del materiale di verifica per la valutazione dei risultati da parte del Nucleo Aziendale di Valutazione e, in base ai risultati conseguiti da ciascun Centro di Negoziazione, l'elaborazione delle somme spettanti come retribuzione di risultato;
- ✓ il monitoraggio dell'assistenza ospedaliera e delle attività sanitarie territoriali;

FORMAZIONE

L'U.O.S Formazione e Aggiornamento del Personale pianifica, organizza e realizza, sulla base dell'analisi dei bisogni formativi in accordo con gli obiettivi aziendali, le attività formative prioritariamente destinate al personale dipendente del ruolo sanitario, del ruolo amministrativo, tecnico e professionale di elevata qualità e condotte con metodi innovativi. Alcune attività sono destinate a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, altre aperte alla partecipazione di personale esterno.

Programma e realizza attività formative ad hoc di tipo residenziale per strutture sanitarie e non di tipo pubblico e privato.

Gli obiettivi che si intendono perseguire sono:

- contribuire al miglioramento della qualità dei servizi e delle professionalità esistenti in azienda;
- incrementare l'offerta di attività formative di elevata qualità coerenti con i bisogni di salute della cittadinanza, con le esigenze formative degli operatori e con gli obiettivi aziendali;
- sviluppare programmi che abbiano come obiettivo il miglioramento della salute pubblica;
- promuovere attività formative con gli enti locali allo scopo di contribuire al miglioramento dei loro servizi e della qualità della vita dei cittadini;
- attivare collaborazioni stabili tra tutti coloro che principalmente determinano la salute della cittadinanza.

L'U.O.S. è stata inserita nell'anno 2004 tra i Provider per la formazione residenziale accreditati dal Ministero della Salute.

Tutte le attività rivolte al personale sanitario sono registrate presso il Ministero della Salute nel quadro del programma ECM.

QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Attua interventi finalizzati alla promozione, valutazione e sviluppo della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Opera dettagliatamente nelle seguenti aree:

- Area Documentale che si occupa dell'analisi, mappatura e strutturazione dei processi aziendali (costruzione del sistema documentale).
- Area Promozione e Supporto che si occupa dei rapporti coi clienti interni (soprattutto altri Uffici di Staff, Formazione, SIL, e Controllo di Gestione) e coi clienti esterni; da quest'area viene assicurata la divulgazione della cultura della qualità e la collaborazione con altri Enti nella realizzazione di progetti di valenza interaziendale (progetti regionali PRUO e QUOS, rispettivamente sulla appropriatezza dei ricoveri e sulla qualità delle prestazioni ospedaliere).
- Area Progettazione che cura la stesura e la realizzazione di progetti di valenza aziendale; in tale ambito vengono anche assicurati supporto e consulenza metodologica ad altri uffici.
- Area Verifica e Valutazione che controlla i processi di accreditamento delle strutture pubbliche e private e verifica la progettazione.

L'Ufficio opera prevalentemente con referenti, reclutati in tutto l'ambito aziendale, particolarmente motivati all'innovazione.

R.T.P. (registro territoriale patologie)

Il Registro Territoriale di Patologia rappresenta una delle maggiori eccellenze della Asp di Siracusa perché dal novembre 2007 ha ottenuto l'accreditamento internazionale dalla International Agency Research on Cancer di Lione, organismo dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Conduce studi epidemiologici per il monitoraggio e la conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel territorio dell'Azienda. Rappresenta un "Osservatorio epidemiologico" valido strumento di guida e orientamento dell'azione di governo aziendale. Costituisce inoltre Unità Epidemiologica centrale di riferimento per l'attuazione dei programmi di screening oncologici. Il Registro Territoriale di Patologia

(RTP) è stato istituito sin dal 1997 dalla Regione Sicilia (L.R. 1/97 art. 7) con una convenzione tra l'ex Ausl 8 e il Dipartimento di Igiene dell'Università di Catania. Dal 2005 aderisce al progetto del nuovo Registro Tumori Integrato (RTI) delle province di Catania, Messina e Siracusa (L.R. 17/04 art.127, c.65). Oltre al Registro dei Tumori il RTP cura anche il Registro delle Cause di Morte (ReNCaM), il Registro dei Ricoveri Ospedalieri e specifiche Indagini Epidemiologiche sulle patologie di maggior peso sociale nella Provincia di Siracusa. Negli anni scorsi il RTP ha curato la pubblicazione di Atlanti della Mortalità.

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Si articola ed ha funzioni su aree diverse:

Area comunicazione e Reclami;

Area “analisi e ricerche sull’utenza”.

Organizzare e gestire un sistema permanente di analisi della qualità globale e di relazioni pubbliche, concorrendo a definire i processi di riadeguamento dei servizi e delle prestazioni, individuando da un lato i bisogni e la domanda sanitaria, dall’altro la soddisfazione del cittadino utente.

Assistenza agli stranieri.

Formazione rivolta ad associazioni e/o Enti che operano nel contesto dell’immigrazione.
Indicatore: incontri con associazioni e/o Enti che operano nel contesto dell’immigrazione.

Formazione di etnopsichiatria rivolta ad operatori con l’utenza migrante.

Sistema Regionale Qualità percepita.

Attività di implementazione (recepimento, diffusione, comunicazione e formazione) dei documenti per la relazione medico - paziente prodotti dal Comitato di Bioetica Regionale secondo le indicazioni regionali.

URP

Scopo dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico è:

1. favorire e migliorare l’accesso e l’utilizzo dei servizi e delle prestazioni dell’AUSL, assicurando all’utente le funzioni essenziali di:

Informazione

Accoglienza

Tutela

Partecipazione

2. organizzare e gestire un sistema permanente di analisi e studio sulle domande e sui bisogni sanitari, sul grado di soddisfazione dei cittadini utenti promuovendo la somministrazione di questionari, indagini campionarie, concorrendo così a definire i processi di riadeguamento dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

UFFICIO STAMPA

L'Ufficio Stampa occupa un ruolo strategico nell'informazione e comunicazione, attraverso i mass media, di tutta l'attività istituzionale dell'Asp di Siracusa in diretta collaborazione con il Direttore Generale. L'Ufficio ha il compito di divulgare informazioni circa l'attività dell'Azienda con l'obiettivo di promuoverne l'immagine e rendere trasparente e visibile l'iniziativa. L'Ufficio provvede alla redazione dei comunicati stampa, alla realizzazione quotidiana della rassegna stampa elettronica, alla convocazione e all'organizzazione di conferenze stampa, convegni, campagne di prevenzione e manifestazione in genere ed ha compiti di diretta collaborazione ai fini dei rapporti istituzionali con tutti gli organi di informazione.

L'Ufficio Stampa propone ai cittadini-utenti un semplice accesso ai Servizi offerti dall'Azienda Sanitaria provinciale anche attraverso il sito internet dedicato. Il fattore primario che garantisce un'alta fruibilità al servizio è il target di riferimento, per cui il sito, all'insegna della trasparenza, si presenta con una struttura semplice, un linguaggio chiaro, libero da tecnicismi, tale da garantire un accesso veloce e immediato alle prestazioni. Digitando l'indirizzo www.asp.sr.it si accede al sito di informazione istituzionale. Da dicembre 2008 l'Ufficio Stampa cura, tra l'altro, la realizzazione della rivista istituzionale "Asp Siracusa in forma" sia in formato on line che cartaceo.

PSICOLOGIA

Le psicoterapie sono di diverso orientamento epistemologico proprio per rappresentare un ampio ventaglio di risposte alle condizioni sintomatologiche o di disagio psicologico. Il servizio si occupa, infatti, di psicodiagnosi e psicoterapia individuali, di coppia, familiari; attività preventiva nelle scuole con particolare riferimento all'orientamento; assistenza psicologica ai pazienti oncologici e ai loro familiari.

I locali sono a pianterreno ed hanno un ingresso riservato, proprio perché è molto curata la privacy dell'utente. Al riguardo il ticket è previsto possa essere pagato tramite anche un bollettino di c/c postale.

SIFA E CONTROLLO DI GESTIONE

SIFA

L'attività si sviluppa attraverso tre direttrici:

1) Gestione dei Flussi Informativi

In quest'ambito il SIFA ha come mandato di ottemperare a tutte le attività connesse all'area flussi di competenza dell'ASP e di supervisionare la gestione delle attività connesse con l'utilizzo e la gestione operativa della piattaforma NSIS. Per la gestione dei flussi amministrativi e finanziari il SIFA supporta tutte le attività afferenti la competenza informatica; mentre per i flussi sanitari coordina e gestisce i flussi delle prestazioni assistenziali sanitarie, i flussi per la rilevazione dell'attività gestionale dell'ASP, i flussi provenienti da strutture private convenzionate, i flussi di mobilità internazionale.

Il SIFA si occupa altresì di coordinare le attività connesse con l'utilizzo del portare SOGEI (Tessera sanitaria), assicurando il mantenimento in esercizio di tutte le attività connesse (Gestione ricettari, strutture accreditate, farmacie, anagrafe assistiti, etc).

2) Gestione ambiti tecnologici

In quest'area ha come mandato il mantenimento, in uno al miglioramento, delle aree riguardanti la telefonia fissa e mobile, la gestione tecnica ed operativa della rete aziendale e del CED, il supporto di I° livello al parco hardware aziendale.

3) Gestione dei Sistemi Informativo Aziendale

In quest'area il SIFA ha in carico tutte le attività connesse alla gestione ed al mantenimento dell'intero sistema informativo aziendale. Sovrintende, inoltre, ai progetti informatici a valenza aziendale e regionale (Anagrafe assistiti, Riabilitazione, Centri Trasfusionali, Anagrafe Canina, DIA)

Controllo di gestione

Ha compiti di verifica della realizzazione degli obiettivi aziendali secondo una corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche attraverso valutazioni costi-benefici utilizzando indicatori di efficienza ed efficacia sui servizi erogati da tutte le unità operative dell'Azienda

SERVIZIO LEGALE

Il Servizio si occupa della gestione amministrativa del contenzioso ivi compresa la predisposizione degli atti relativi al conferimento degli incarichi ai legali di fiducia e degli atti afferenti il pagamento di spese, di giudizio e di rimborso. Assicura attività di consulenza giuridica in favore di Uffici e Servizi dell'Azienda fornendo pareri e informale collaborazione.

All'interno sono costituiti due Uffici:

Ufficio Sinistri

L'aumento esponenziale delle richieste di risarcimento dei danni da parte degli assistiti e/o dei loro familiari, rendono necessario dotare l'Azienda di un Ufficio funzionalmente deputato a recepire ed esaminare le richieste di risarcimento RCT/O, a gestire i relativi contenziosi e curare i rapporti con i legali e le varie compagnie assicurative per la responsabilità civile succedutesi nel tempo. Tali compiti vengono svolti dall'Ufficio Gestione Sinistri posto all'interno del Servizio Legale.

Modulistica:

Modulo denuncia sinistro

Modello relazione medica

Istanza di patrocinio legale

Ufficio Sanzioni Amministrative

L'Ufficio Sanzioni Amministrative è stato istituito con delibera n. 742 del 5 settembre 2013 in applicazione del D.D.G. del 13 giugno 2013 che individua le Aziende Sanitarie Provinciali quali autorità competente in materia di sicurezza alimentare a ricevere il rapporto di cui all'art. 17 della legge 689/1981. Con deliberazione del Commissario straordinario n. 1071 del 16 dicembre 2013 è stato adottato il "Regolamento disciplinante l'applicazione delle sanzioni"

PREVENZIONE E PROTEZIONE

Sono di competenza dell'U.O., individuata come Struttura semplice, le funzioni di consulenza e le prestazioni di supporto al Direttore Generale riguardo agli adempimenti degli obblighi di legge scaturenti dal D.L.vo n. 626/94 e a tutto quanto connesso alla prevenzione aziendale e alla protezione dai rischi professionali, comprese le funzioni di studio e di implementazione di programmi di prevenzione e controllo delle condizioni di sicurezza del lavoro, con l'ausilio del Medico Competente.

L'attività del Medico Competente è quella prevista dalle vigenti normative in materia di sorveglianza sanitaria

SORVEGLIANZA SANITARIA.

L'Unità Operativa Sorveglianza Sanitaria è composta da specialisti in Medicina del Lavoro (Medici Competenti) ed effettua attività di sorveglianza sanitaria sui lavoratori esposti a rischio dei Presidi e Servizi di tutta l'Azienda Sanitaria Provinciale. Tale attività è prevista dall' art. 25 e dalla Sez. V (artt. 38, 39, 40, 41 e 42) del D.Lgs 81/2008 e s.m.i..

L'attività dei Medici Competenti, tra le altre, comprende:

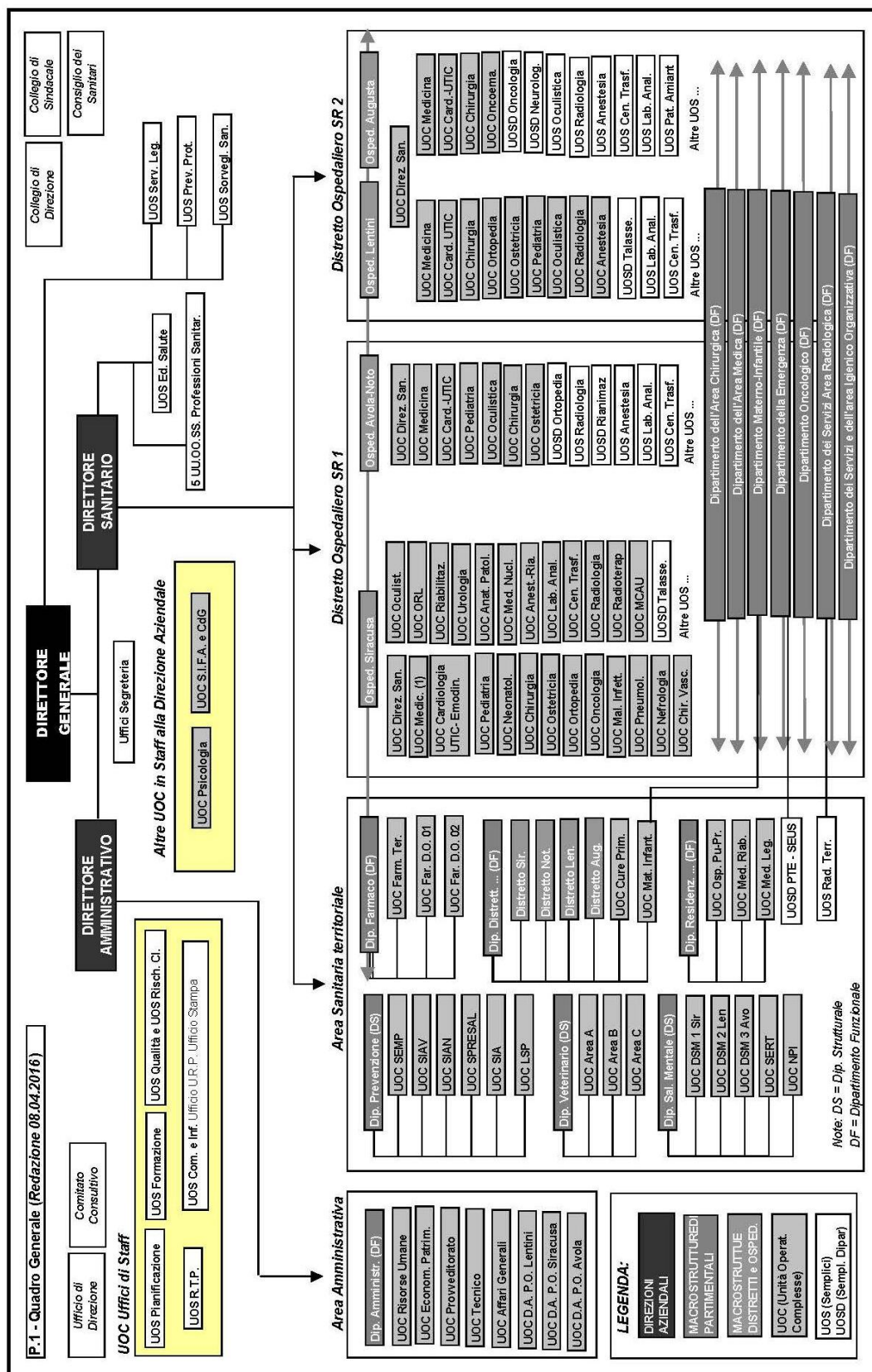
Visite mediche preventive/periodiche/cambio mansione per i lavoratori esposti a rischio con formulazione di giudizio di idoneità alla mansione specifica;

Elaborazione di un programma di sorveglianza sanitaria per i lavoratori;

Sopralluoghi presso i luoghi di lavoro;

Consulenza tecnica sulle misure di tutela della salute dei lavoratori;

Partecipazione ad attività di informazione e formazione;



3. IDENTITÀ

3.1 – L'Amministrazione in cifre

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri e, nei suoi servizi territoriali, in 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocazione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

Nell'ambito dei distretti ospedalieri dell'Azienda sono presenti i seguenti Presidi Ospedalieri con i sotto elencati posti letto per acuti (assegnati nel totale n°809, ex D.A. n°46/2015):

Distretto Ospedaliero SR 1 Residenti: 299.376	Distretto Ospedaliero SR2 Residenti: 104.609
--	---

Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti	Presidio Ospedaliero	PP.LL. per acuti	PP.LL. post acuti
Umberto I – Siracusa	351	16	Lentini	126	24
Avola – Noto	126	46	Augusta	104	16
Totale	477	62	Totale	230	40

Nella nuova organizzazione dell'Azienda sanitaria provinciale, così come previsto dalla L.R. n°5 del 14/04/2009, sono stati istituiti n°4 Distretti Sanitari di Base che costituiscono strutture di riferimento per le cure territoriali.

DISTRETTO SANITARIO	COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE RESIDENTE
Siracusa (n°2 PTA) Totale residenti: 196.236	1. Buccheri; 2. Buscemi; 3. Canicattini B.; 4. Cassaro; 5. Ferla; 6. Floridia; 7. Palazzolo A.; 8. Priolo Gargallo; 9. Siracusa ; 10. Solarino; 11. Sortino	1. 1.999 abitanti 2. 1.051 abitanti 3. 7.109 abitanti 4. 821 abitanti 5. 2.523 abitanti 6. 22.762 abitanti 7. 8.808 abitanti 8. 12.091 abitanti 9. 122.291 abitanti 10. 8.091 abitanti 11. 8.690 abitanti
Noto (n°2 PTA) Totale residenti: 103.140	1. Avola; 2. Noto ; 3. Pachino; 4. Portopalo di C.P.; 5. Rosolini	1. 31.708 abitanti 2. 23.913 abitanti 3. 22.205 abitanti 4. 3.887 abitanti 5. 21.427 abitanti
Augusta (n°1 PTA) Totale residenti: 49.926	1. Augusta ; 2. Melilli.	1. 36.305 abitanti 2. 13.621 abitanti
Lentini (n°1 PTA) Totale residenti: 54.683	1. Carlentini; 2. Francofonte; 3. Lentini .	1. 17.798 abitanti 2. 12.800 abitanti 3. 24.085 abitanti

All'interno dell'Azienda è inoltre presente una Centrale Operativa 118 che gestisce la risposta all'emergenza e facente capo alla Direzione del Presidio Ospedaliero Cannizzaro di Catania.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di 3450 dipendenti (dotazione organica anno 2015), distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nella successiva tabella, con la indicazione dei soli posti coperti con personale a tempo indeterminato.

DESCRIZIONE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Assistenza ospedaliera	1.839	285	71	2	2197
Assistenza territoriale	362	67	92	-	551
- Distretti sanitari	189	39	74	-	322
- Dipartimento Salute Mentale	173	28	18	-	229
Assistenza collettiva	375	22	129	1	497
Strutture centrali	30	61	159	1	251

Totale	2.606	435	451	4	3495
---------------	--------------	------------	------------	----------	-------------

ASSISTENZA OSPEDALIERA - DINAMICHE DEL PERSONALE E DATI GENERALI DI PRODUZIONE

L'assistenza ospedaliera è prestata direttamente nei 4 Presidi Ospedalieri (Avola-Noto sono Presidio Unico) e nelle 5 case di cura private accreditate

Presidio Ospedaliero Umberto 1°	Siracusa
Presidio Ospedaliero Di Maria	Avola
Presidio Ospedaliero Trigona	Noto
Presidio Ospedaliero Muscatello	Augusta
Presidio Ospedaliero Generale	Lentini
Casa di Cura Villa Azzurra	Siracusa
Casa di Cura Villa Rizzo	Siracusa
Casa di Cura S. Lucia Glef	Siracusa
Casa di Cura Villa Salus	Augusta
Casa di Cura Villa Mauritius	Siracusa

Il personale in forza presso i Presidi Ospedalieri è pari a 1.521 unità, suddiviso come segue:

Personale presso i presidi ospedalieri

PRESIDIO OSPEDALIERO	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTR.	RUOLO PROFESS.	TOTALE
Umberto I - Siracusa	935	131	30	1	1097
Di Maria – Avola - NOTO	359	66	14		439
Muscatello - Augusta	212	45	12	1	270
Generale - Lentini	333	43	15		391
TOTALE	1.839	285	71	2	2197

PRINCIPALI ATTIVITA' OSPEDALIERE

I dati definitivi relativi a ricoveri ordinari e Day Hospital saranno resi pubblici a metà febbraio.

Considerata l'esigenza di presentare il Piano entro il 31 gennaio, si riporta una sintesi delle principali attività riservandosi di aggiornare i dati al momento della quantificazione definitiva delle attività.

Ricoveri ordinari

I Presidi Ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2016, hanno garantito circa 30.000 ricoveri ordinari ed hanno prodotto un fatturato quantificabile in €. 100.000.000

Ricoveri in Day Hospital e Day Surgery

Nell'ambito delle iniziative assunte dall'Azienda finalizzate alla valorizzazione dei ricoveri in day hospital e/o day surgery, i presidi ospedalieri a gestione diretta, nell'anno 2016, hanno erogato circa 20.000 accessi con un fatturato quantificabile in €. 9.000.000.

Numero complessivo di parti - anno 2016

Per l'anno 2016 la previsione del numero di parti è preventivabile in n. 1.150

Assistenza Territoriale-Contesto di riferimento-Dati Epidemiologici

L'Assistenza territoriale presenta la sotto indicata distribuzione in relazione a strutture e professionisti.

Distretti	Poliambulatori	Consultori	Medici CCA	PTE	PTA
Siracusa	7	7	70	1	2
Augusta	2	2	15	0	1
Avola/Noto	5	4	30	2	2
Lentini	2	2	20	0	1

Nei paragrafi che seguono sono riportate le tabelle che riguardano i dati delle attività prestate nel territorio.

Assistenza domiciliare

Espleta le seguenti attività:

✓ Valutazioni multidimensionali (PRIME VALUTAZIONI per ADI e/o RSA)
✓ Valutazioni multidimensionali (VALUAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA)
✓ Pazienti inseriti in ADI
✓ Pazienti > 65Anni
✓ Numero di dimissioni protette
✓ Pazienti ammessi in RSA pubbliche e private
✓ Consulenze specialistiche:
✓ Visite domiciliari per valutazione disabili gravissimi in collaborazione con Assistenti Sociali Comune di SR
✓ Attivazione ADI Palliativa n. pazienti inseriti
✓ Esecuzione a domicilio emogasanalisi arteriosa

PIANO STRAORDINARIO DI INTERVENTI SANITARI NELL'AREA AD ALTO RISCHIO AMBIENTALE

Nell'area ad alto rischio ambientale di Augusta-Priolo, insistente nella ASP di Siracusa e comprendente i territori comunali di Siracusa, Floridia, Solarino, Augusta, Priolo e Melilli, è attivo dal 2014 un Piano Straordinario di interventi sanitari che prevede il rafforzamento rispetto al resto della provincia di alcune azioni di prevenzione e di attività volte alla sicurezza alimentare (controlli su acque, alimenti di origine animale, vegetale e su allevamenti), nonché l'attuazione "ex novo" di misure di prevenzione (es. l'attivazione ad Augusta di un ambulatorio di consulenza genetica per la riduzione della frequenza delle malformazioni congenite).

Nel dettaglio il Piano consiste nelle seguenti linee di attività.

- 1. BIOMONITORAGGIO: PRESA IN CARICO SOGGETTI CON VALORI IN ECCESSO.**
- 2. RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .**
 - **Fumo : Peer Education.**
 - **Fumo : Fumo in gravidanza e centro antifumo.**

- Akool
- Cattiva alimentazione.
- Cattiva alimentazione: Contrasto obesità.
- Sedentarietà.
- Rischio cardiovascolare.

3. *RAFFORZAMENTO INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE .*

- Promozione del test di screening neoplasia del collo dell'utero.
- Promozione del test di screening neoplasia della mammella.
- Promozione del test di screening tumore del colon retto.

4. *AVVIO SORVEGLIANZA SANITARIA NEGLI EX-ESPOSTI AMIANTO .*

5. *MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'OFFERTA DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE.*

- Consulenza genetica.
- Implementazione dei percorsi assistenziali e continuità ospedale territorio nelle BPCO.
- Implementazione dei percorsi assistenziali e continuità ospedale territorio nell' INSUFFICIENZA RENALE.

6. *COSTITUZIONE FUNZIONE DI COORDINAMENTO AZIENDALE DEGLI INTERVENTI LOCALI CON COMPETENZE MULTIDISCIPLINARI SANITARIE A SUPPORTO DELLE AUTORITÀ LOCALI.*

7. *RESPONSABILIZZAZIONE FORMALE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE (ART. 7 DEL D.LG.VO 229/99). ATTIVAZIONE FOCAL POINT.*

8. *AVVIO DI MODALITÀ PARTECIPATE DI GESTIONE DEL RISCHIO AMBIENTALE (VIS - VALUTAZIONE DI IMPATTO SANITARIO).*

9. *SENSIBILIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI MMG*

10. *SORVEGLIANZA CATENA ALIMENTARE.*

- Sicurezza degli alimenti di origine animale (competenza veterinari).
- sicurezza degli alimenti di origine vegetale (competenza sian).
- sicurezza degli alimenti- acqua (competenza sian).
- sorveglianza allevamenti.

FONDI NEGOZIATI DALL'AZIENDA CON L'ASSESSORATO DELLA SALUTE PER FAR FRONTE ALLE ESIGENZE SANITARIE PER IL 2017

3.2 – Fondi

Per l'anno 2017 l'ASP è in attesa di contrattare il fondo con l'Assessorato Regionale alla Salute stimando i contributi di esercizio in circa 630.000.000

4 - ANALISI DEL CONTESTO

L'attività dell'Azienda risulta caratterizzata dall'entrata in vigore delle disposizioni relative al riordino del SSR contenute nella legge regionale n°5/2009, da cui è derivata l'istituzione di una nuova realtà aziendale costituita dall'accorpamento di due preesistenti aziende sanitarie, con profonda ridefinizione dell'articolazione organizzativa e gestionale.

Il documento programmatico che ha riassunto gli obiettivi di crescita, la nuova articolazione aziendale, la missione e la visione, è l'Atto Aziendale, redatto nel corso dell'anno 2016 ed approvato con atto di Giunta Regionale di Governo, a cui è seguita la rideterminazione organica del personale, secondo logiche moderne di governance delle risorse umane.(D.A. 214 e delibera n. 301 del 12/4/2016).

La visione dello sviluppo aziendale nei prossimi anni dovrà necessariamente tenere conto di numerose variabili che, in massima parte, sono esterne alla realtà organizzativa.

Prima fra tutte la variabilità della domanda sanitaria, tesa sia al soddisfacimento di bisogni di salute ma anche ad uno standard sempre più elevato per i servizi accessori (pulizia, comfort, accoglienza, cortesia, facilità di accesso e fruibilità), e per le problematiche legate alla componente strutturale degli edifici. Analogamente occorrerà sempre di più tenere conto delle istanze di natura economica tendenti alla razionalizzazione della spesa e di cui il Piano di rientro è stato già attuato con successo ed a cui è subentrato il piano POCS.

Particolare attenzione sarà data al Comfort alberghiero; sarà individuato un gruppo di lavoro preposto sia allo studio e al monitoraggio di tutti gli aspetti presenti nei servizi alberghieri dei Presidi Ospedalieri Aziendali, sia alla verifica in loco degli standard.

Sarà avviato un sistema di monitoraggio periodico degli indicatori e delle modalità con cui vengono erogati i "Servizi Esternalizzati" attraverso verifiche della corretta applicazione del capitolato d'appalto.

L'attività dell'Azienda si caratterizza da fattori di contesto che vanno analizzati secondo la metodologia SWOT al fine di consentire la programmazione degli obiettivi a breve e medio termine.

Punti di debolezza:

- elevata fuga di pazienti verso strutture sanitarie extraprovinciali;
- critiche condizioni oro geografiche del territorio e presenza di diseguaglianze nella popolazione a causa di condizioni socio-economiche sfavorevoli;
- difficoltà legate all'accorpamento delle ex Aziende relativamente all'integrazione dei sistemi di gestione delle risorse umane e di supporto organizzativo - contabili;
- inquinamento ambientale in alcune zone ad elevato impatto antropico;
- carenza di offerta nei confronti di una casistica di elevata complessità;
- carenze strutturali e infrastrutturali necessitanti di incisivi interventi di manutenzione;
- elevato tasso di ospedalizzazione ed inappropriato uso dell'ospedale;
- scarsa diffusione della cultura organizzativa aziendale e carenza meccanismi di controllo interno.

Punti di forza:

- miglioramento del sistema sanitario regionale per effetto dell'entrata in vigore del processo di riordino e dell'emanazione di indirizzi di programmazione regionale;
- Miglioramento dei livelli di offerta per effetto della rimodulazione dei servizi su base provinciale, a seguito dell'accorpamento delle aziende preesistenti, e della soppressione di servizi duplicati e non più funzionali alle esigenze sanitarie, e di una maggiore integrazione ospedale/territorio.

Opportunità:

- Riquilificazione dei servizi a seguito dell'attivazione di nuove linee di attività;
- Miglioramento della qualità ed efficacia per effetto delle iniziative di sviluppo delle risorse umane legate all'avvio del nuovo sistema di misurazione e valutazione della performance;
- Possibilità di una gestione unitaria dei servizi e dei professionisti del territorio per effetto dell'accorpamento delle preesistenti aziende;
- Sviluppo dell'assistenza territoriale extraospedaliera.

Minacce:

- Mancato rispetto dei vincoli di pareggio dei bilanci per effetto degli interventi di investimento programmati;

- Esistenza di fattori di distorsione in grado di favorire l'inappropriatezza degli interventi e la fuga dei pazienti.
- elevata incidenza della spesa farmaceutica convenzionata;
- carenza di risorse umane in rapporto agli obiettivi da perseguire.

4.1 Mandato istituzionale e “missione”

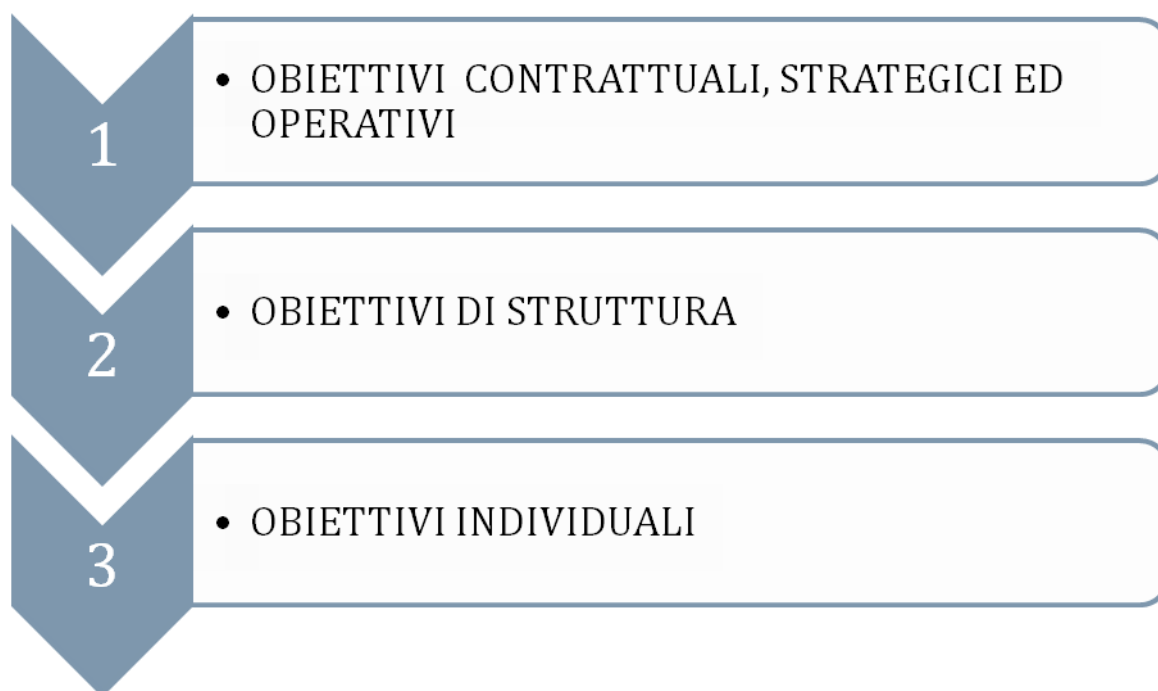
Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n°5/2009, l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali.

L'Azienda pone a fondamento della propria azione i seguenti principi:

- a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente – utente;
- c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

5. ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti.



1= Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'azienda hanno validità dal 1/1/2016 al 30/6/2017.

2= Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura

3= Assegnati dai Responsabili di Struttura al personale in forza all'Unità Operativa.

5.1- Gli obiettivi contrattuali, strategici ed operativi

Sistema obiettivi 2017 (30/6/2017, data di scadenza del mandato del Direttore Generale)

Articolazione

Il Sistema Obiettivi si articola su due categorie:

- Gli obiettivi contrattuali generali sono riferiti al mandato di Direttore Generale che, se non raggiunti, ai sensi dell'art. 20 comma 4 della L.r. n° 5/09, sono oggetto di decadenza automatica e sono definiti in continuità a quelli di inizio mandato.
- Gli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi sono correlati all'attribuzione della indennità, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, con il limite del 60% che se non raggiunto comporta la decadenza ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. 05/09, e sono definiti per i secondi 18 mesi di mandato.

L'Assessore alla Salute ha individuato inoltre, per tutte le Aziende, un obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP unici Provinciali avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio Ospedaliero.

OBIETTIVI CONTRATTUALI GENERALI



L'Assessorato alla salute ha individuato, inoltre, per tutte le Aziende, un obiettivo di riorganizzazione del Pronto Soccorso cui si dovrà mettere in correlazione la messa in funzione di CUP Unici Provinciali, avendo conseguentemente un sistema di accettazione unico a livello di Presidio Ospedaliero.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

In merito agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi, oggetto del sistema di incentivazione, sono rilevati per il 2016/30-6-2017 i seguenti tre macro-obiettivi:

5.1a

- P.A.A.
- POCS
- OBIETTIVI ASSEGNATI DAL PSR

5.1b

- ESITI

5.1c

- LISTE DI ATTESA - MONITORAGGIO E GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA
- RISPETTO DEGLI STANDARD DI SICUREZZA DEI PUNTI NASCITA
- DONAZIONE ORGANI
- PRESCRIZIONE IN MODALITA' DEMATERIALIZZATA
- UTILIZZO DEI FONDI P.S.N.
- SVILUPPO PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICAZIONE (P.A.C.)

5.1d

- OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli

obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

Per l'A.S.P. di Siracusa la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli interventi di sistema e di potenziamento previsti dal POCS 2013 della Regione Siciliana.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è stata fissata dall'Assessorato della Salute Regione siciliana al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

5.1a - P.A.A. 2016/2017

Per l'anno 2016 e l'anno 2017, in linea con le indicazioni relative alle priorità indicate nel “Sistema Obiettivi 2016-2017”, l'Assessorato per la Salute ha individuato 5 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

Intervento 1 SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

- Sanità veterinaria
- Igiene degli alimenti
- Vaccinazioni
- Tutela ambientale
- Prevenzione luoghi di lavoro

Intervento 2 QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

- Sicurezza dei pazienti
- Formazione dei professionisti
- Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- PDTA
- Appropriatelyzza
- Outcome

Intervento 3 RETI

- Reti tempo-dipendenti:
 - Rete IMA
 - Rete Stroke
 - Rete Politrauma
- Reti cliniche integrate:
 - Rete Oncologica
- Percorso Nascita

Intervento 4 ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Cronicità
- Disabilità e non autosufficienza
- Riabilitazione
- Salute mentale
- Violenza su donne e minori

Intervento 5 SVILUPPO ORGANIZZATIVO

- Comunicazione
- Formazione
- Internazionalizzazione e Ricerca sanitaria
- Telemedicina

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo entro cui adeguare l'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

In particolare, occorre fare riferimento al Piano POCS 2013/2015 ed alla adozione delle schede progettuali relative ai progetti obiettivo PSN relativi al 2014.

5.1a - POCS 2013/2015

INTERVENTI DA ATTUARE

Obiettivo Strategico

- Prevenzione” – Sanità Pubblica – Qualificazione dei Programmi di screening

Obiettivo Specifico

- Potenziamento Screening oncologici
- Implementazione Screening uditivo neonatale
- Implementazione Screening metabolico neonatale allargato
- Controllo malattie croniche e sorveglianza fattori di rischio comportamentali

L'integrazione delle reti assistenziali: ospedaliera, territoriale, emergenza- urgenza

- Riordino della rete ospedaliera e riconversioni
- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale
- Riqualificazione della rete di Emergenza-Urgenza
- Sanità penitenziaria
- Tutela delle fragilità e integrazione sociosanitaria

I Flussi Informativi

- Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento

Appropriatezza organizzativa

- Interventi di gestione e monitoraggio sull'acquisto di beni e servizi e sulla riqualificazione della spesa farmaceutica
- Effetti e implicazioni della Legge 135/2012
- Interventi di monitoraggio e gestione nell'acquisto di beni e servizi
- Monitoraggio tempi di attesa Formazione dei professionisti
- Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini/pazienti
- Appropriatezza
- Accreditamento

***Sanità pubblica
veterinaria e
sicurezza alimentare***

- Potenziamento "nodo regionale sistema rapido di allerta per alimenti e mangimi
- Eradicazione della tubercolosi bovina, della brucellosi bovina, della brucellosi ovi-caprina
- Aggiornamento del piano regionale integrato dei controlli ufficiali PRIS 2012- 2014

INTERVENTI DA EFFETTUARE INSERITI NEL PSN 2013

1 – Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale Farmacie di servizi

- 1.1 Accelerare attivazione aggregazioni funzionali territoriali, unità complesse di cure primarie anche tramite sistema informatico con MMG e PL5
- 1.3 Potenziamento dei percorsi integrati ospedale-territorio per codici bianchi e verdi

2 – Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

- 2.4 Implementazione rete regionale Stroke Unit e Stroke Home Integrated Functional Treatment (SHIFT)
- 2.6 Sviluppo modelli Chronic Care Model

3 – Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione (Accordo Stato Regioni 10/2/2012)

- 3.4 Interventi precoci e intensivi per contrastare la dislessia nei bambini

4 – Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato minima coscienza nella fase degli esiti (Accordo Stato Regioni 5/5/2011)

- 4.1 Sostegno al processo di completamento della rete regionale SUAP

5 – Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

- 5.1 Assistenza semiresidenziale a pazienti affetti da demenza

7 – Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica (Accordo del 22/11/2012)

- 7.1 Sviluppo della rete di terapia del dolore
- 7.2 Consolidamento della rete locale di cure palliative e implementazione dell'assistenza domiciliare specialistica rivolte ai pazienti in fase di terminalità

8 – Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

- 8.1 L'umanizzazione nelle cure: l'implementazione di un percorso multifattoriale in sei U.O. di Oncologia medica nei territori di Palermo, Catania, Ragusa, Siracusa e Messina
- 8.3 Riabilitazione psicologica nei reparti critici escluso il percorso nascita
- 8.4 Rete civica della salute

10 – Tutela della maternità – Percorso nascita - partoanalgesia

- 10.6 Supporto psicosociale nel percorso nascita con particolare riguardo ai reparti critici
- 10.9 Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione delle indicazioni contenute nell'accordo 22/12/2012. Consolidamento del percorso nascita – copertura del fabbisogno di ecografie ostetriche di screening (1°, 2° e 3° trimestre) attraverso la realizzazione di Servizi di Ecografia dedicati

13 – Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

- 13.2 Attivazione di percorsi per gruppi di donne difficili da raggiungere, mediante l'offerta dell'AHP DNA Test in contemporanea alla pratica del Pap-test
- 13.3 Valutazione copertura vaccinale e implementazione ed ottimizzazione offerta

18 - Piano Nazionale Prevenzione

- 18.2 Rafforzamento interventi di prevenzione secondaria: promozione dell'adesione agli screening oncologici
- 18.4 Piano Regionale per l'emersione delle malattie professionali in Sicilia 2010 - 2012
- 18.8 Salute e migrazione assistenza tecnica e formazione del personale (Knowledge HUB)
- 18.9 Applicazione modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale delle AA.SS.PP.
- 18.10 Piano regionale di prevenzione in agricoltura 2010 - 2012
- 18.11 Piano regionale di prevenzione in edilizia 2010 - 2012
- 18.16 Verifiche periodiche apparecchi di sollevamento e apparecchiature a pressione e relativo sistema informativo

19 – Superamento OPG e salute mentale

- 19.2 Inclusione sociale dei pazienti dimessi dall'OPG. Dispositivi comunitari dalla Progettazione Terapeutica individualizzata per i pazienti in dimissione dall'OPG
- 19.7 Programma regionale ed interaziendale di implementazione delle azioni di tutela della salute mentale in età adulta programmate dai PANSM per l'area di bisogni prioritaria: Disturbi Gravi Persistenti e Complessi

20 – Sicurezza nei luoghi di lavoro

- 20.1 Implementazione utilizza flussi informativi di sorveglianza, Mal prof, Flussi informativi INAIL/ISPESL/Regioni, Occam dati ex artt. 40 all. 3b
- 20.3 Azioni per la prevenzione del rischio cancerogeno tramite implementazione piattaforma web INAIL
- 20.4 Caratterizzazione e valutazione epidemiologica dei mesoteliomi insorti nei S.I.N. della Sicilia e territori limitrofi

5.1b - ESITI

La Sicilia è una delle prime regioni italiane ad avere introdotto la valutazione dei Direttori Generali anche attraverso l'assegnazione per gli anni: 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015 di obiettivi operativi misurabili tramite tre indicatori di esito previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE).

Alla luce del buon risultato prodotto da tale modalità è' stato proposto, per l'anno 2016/2017 di continuare ad impiegare i tre indicatori utilizzati in precedenza aggiungendo un nuovo indicatore di attenzione:

2.1 Frattura del femore: tempestività dell'intervento per frattura femore *over* 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-2 giorni;

2.2 Parti cesarei: riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate;

2.3.1 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro un intervallo di tempo (differenza tra la data di intervento e quella di ricovero) di 0-1 giorno;

2.3.2 Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI calcolato integrando il flusso RAD-ESITO al flusso SDO: tempestività di esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro 90 minuti (differenza tra il tempo in cui è stato effettuando l'intervento e quello in cui è avvenuto il ricovero calcolato in minuti);

2.4 Colectomia laparoscopica: proporzione di colecistomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni. Di seguito sono riportate le schede e i protocolli operativi relativi a ciascun sub-obiettivo.

5.1c – PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Per gli anni 2016/2017 i progetti di miglioramento organizzativo sono 7. Tali obiettivi fanno riferimento sostanzialmente ad azioni che richiedono una volontà di cambiamento organizzativo e gestionale specifico per portare a regime nuove soluzioni su alcune aree prioritarie. Gli obiettivi sono:

1. Screening
2. Liste d'attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita
4. Donazione organi
5. Prescrizione in modalità de materializzata
6. Utilizzo dei fondi di PSN
7. Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C)

Ancora, oltre ai suindicati obiettivi l'Assessorato ha individuato un obiettivo specifico afferente la "riorganizzazione del Pronto Soccorso" attraverso il miglioramento della qualità dei servizi offerti, a mezzo della riduzione dei tempi di attesa ed aumento delle dimissioni verso le strutture territoriali.

5.1d – OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Integrazione del Piano della Performance con il Piano della Trasparenza e Anticorruzione

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Per tale ragione anche nel Piano Nazionale Anticorruzione è stata prevista un' apposita sezione dedicata al Settore Sanità contenente indicazioni finalizzate a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili.

Per il settore sanitario il Piano Nazionale Anticorruzione individua :

A) Aree di rischio generali

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

B) Aree di rischio specifiche

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;

- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Le misure anticorruzione incidono sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche e sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

Così come previsto dalla delibera A.N.A.C. 6/2013, l'Azienda si adopera al fine di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e prevenzione della corruzione. I collegamenti fra tali ambiti all'interno del ciclo della performance devono essere reali, sostanziati dall'individuazione di obiettivi, indicatori e target ben definiti, e non meri richiami/rinvii tra i Piani.

Il ciclo della performance "integrato" sancisce l'importante ruolo che il Programma per la Trasparenza e Integrità ed il Piano Anticorruzione rivestono, in quanto consentono ai cittadini la piena conoscibilità dei programmi di attività dell'Azienda, del loro stato di attuazione, dei risultati conseguiti.

Collegamento con il ciclo della performance

Lo stretto collegamento con il ciclo delle performance individuali e organizzative è operato con l'inserimento di specifici obiettivi e indicatori di risultato sui singoli incarichi e obiettivi annuali assegnati. In particolare sono presi in considerazione:

- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione della redazione del nuovo piano.
- la individuazione delle specifiche misure di prevenzione e il grado di implementazione delle stesse nella UO diretta
- l'ottemperanza agli obblighi di legge sulla trasparenza e il grado di adempimento su ulteriori obblighi di trasparenza previsti
- l'ottemperanza nei termini previsti dal piano e dalle richieste inoltrate, agli obblighi informativi nei confronti del R.P.C.

Nei casi più gravi il mancato rispetto delle previsioni contenute nel piano anticorruzione comporta illecito disciplinare nei confronti dei dirigenti e del personale inadempiente. L'O.I.V. verificherà la coerenza tra gli obiettivi di performance individuale ed organizzativa e il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, in occasione della liquidazione del salario accessorio.

Come rappresentato nell'Albero della Performance tali misure tradotte in azioni costituiranno gli obiettivi operativi e costituiranno elementi di valutazione di performance organizzativa e di performance individuale per il Responsabile Anticorruzione e per i Dirigenti a vario titolo coinvolti nelle misure da adottare.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alla trasparenza, l'O.I.V. certifica la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.A.C. e attraverso le schede standard del Portale.

In tale contesto il presente Piano individua alcuni obiettivi richiamati dal Piano aziendale della Trasparenza ed Integrità allegato al PTPC.

Oltre agli obiettivi strategici organizzativi Assessoriale/Ministeriali l'Azienda intende per il 2017 perseguire degli obiettivi propri con azioni rivolte al miglioramento della qualità delle

prestazioni rese al cittadino utente e soprattutto alla salvaguardia a garanzia di una amministrazione trasparente e quanto più tesa alla legalità.

Maggiori interventi programmati:

- **ANTICORRUZIONE, ASP SIRACUSA PARTECIPA ALLA GIORNATA NAZIONALE**

Anche l'Asp di Siracusa ha intenzione di partecipare attivamente, quale soggetto pilota del progetto "Curiamo la corruzione" promosso da Transparency International Italia, Ispe-Sanità, CENSIS e **Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità**, alla prima Giornata nazionale contro la corruzione in Sanità

- **ANTICORRUZIONE, WISTLEBLOWING PER LE SEGNALAZIONI PROTETTE UN SITO ONLINE NEL PROGETTO NAZIONALE "CURIAMO LA CORRUZIONE"**

Nell'ambito del progetto nazionale "Curiamo la corruzione" promosso da Transparency International Italia in collaborazione con CENSIS, ISPE Sanità e Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità (RiSSC), l'Asp di Siracusa, Azienda sanitaria pilota nel progetto assieme a quelle di Bari, di Melegnano e della Martesana e di Trento, ha intenzione di attivare un portale online per la segnalazione da parte dei dipendenti, anche in forma anonima, di presunti illeciti e irregolarità di cui sono a conoscenza. Il sistema sarà implementato nel sito internet dell'Asp di Siracusa all'indirizzo www.asp.sr.it, e si accede cliccando sull'icona posta nella colonna di destra dell'home page.

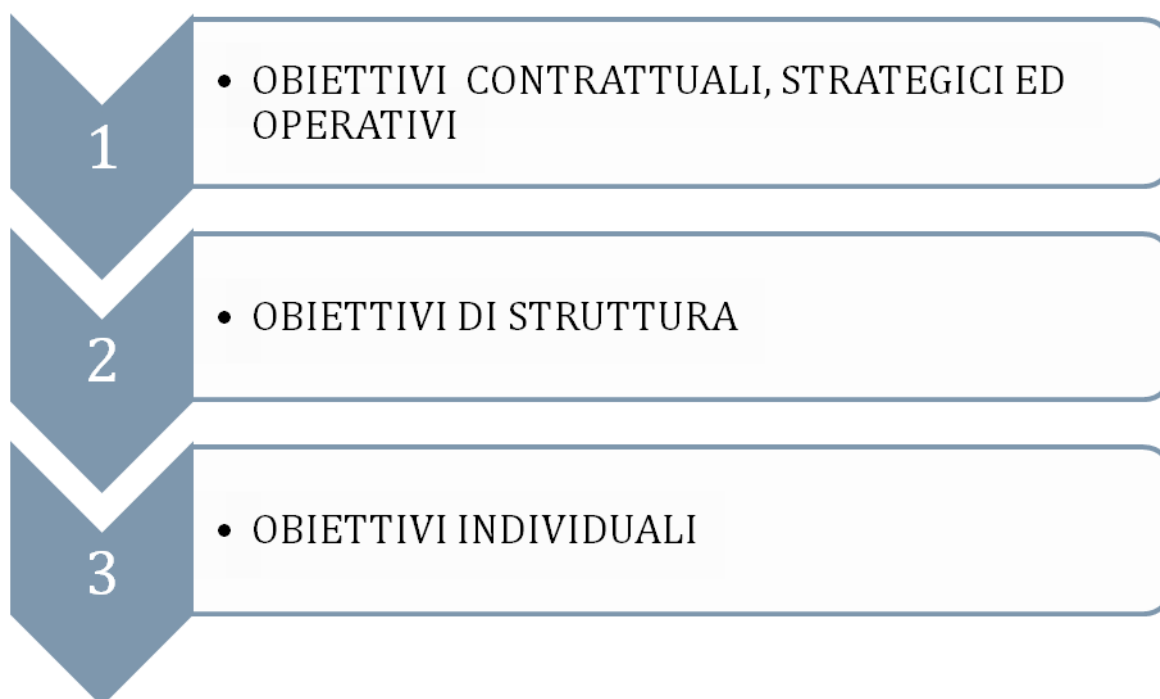
6. DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI

ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance Aziendale è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con obiettivi propri relativi al contesto interno ed esterno (obiettivi di struttura).

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza, sono chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O., condividendo parte degli obiettivi di struttura.

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi (allegati al presente piano).

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **"performance individuale"**;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;

- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;
- Il Nucleo di Valutazione / Organismo Indipendente di Valutazione valuta a fine anno il grado di raggiungimento degli obiettivi in riferimento agli indicatori individuati.

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

Le fasi del ciclo di gestione della performance e l'individuazione degli attori coinvolti, in conformità al Decreto Assessoriale n. 1821 del 26/11/2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del SSR", sono descritti di seguito:

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase Gestionale	Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica/STP/Resp.le Anticorruzione/Resp.le Trasparenza/OIV	31 Gennaio
	Negoziante degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / Febbraio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir.Amministrativo	Gennaio / Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano triennale della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti- Piano triennale delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Negoziante obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2016"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale	Marzo
	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura /tutto il personale afferente alla stessa	Marzo / Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	
Fase di certificazione formale	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/OIV	Marzo anno successivo
	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	I istanza: Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile anno successivo
	Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione	Giugno anno successivo
	Validazione della Relazione e pubblicazione	OIV	15 settembre
Fase di valorizzazione del merito	Applicazione dei Sistemi Premianti	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente	Novembre

7. IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Tuttavia, esso non è più sufficiente di per sé, a rendere conto dei necessari collegamenti logici con il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale previsto dal cosiddetto decreto “Brunetta” (D.Lgs. n. 150/2009).

Il nuovo sistema dovrà centrarsi sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l’allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori, con conseguente outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato).

Tutto ciò ha una evidente e particolare rifluenza nell’attività della dirigenza (e non solo), chiamata a dare effettività alle previsioni citate in precedenza.

Il percorso tracciato assume comunque un aspetto “a cascata” nell’attribuzione degli obiettivi operativi, e consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza e di responsabilità.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell’O.I.V., dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell’U.O. assegnataria di budget.

8 - IL PROCESSO SEGUITO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

8.1 – Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano

La redazione del Piano della performance si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell'Azienda.

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana (POCS), dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale, dai progetti obiettivi PSN anno 2013 assegnati all'ASP di Siracusa e dalle linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013 redatte dalla CIVIT e di cui alla delibera civit n. 6/2013.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono contestualizzate nel Piano della performance che riporta altresì i piani e gli obiettivi strategici ed operativi che, insieme agli indicatori e gli standard, vengono assegnati ai dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti funzioni:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di Valutazione

- Controllo ciclo di gestione della performance;
- Valutazione direttori di Dipartimento;
- Valutazione di seconda istanza dei dipendenti.

- Dirigenti con incarico di struttura

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- U.O. Programmazione e controllo di gestione

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

8.2 – Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

La coerenza dei contenuti del Piano della performance con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio va realizzata attraverso la confluenza dei percorsi annuali di programmazione delle attività e di definizione del bilancio di previsione al fine di consentire la congruenza tra le risorse disponibili e le azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

8.3 – Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Ciclo di gestione della performance prevede l'integrazione di flussi informativi, linee di indirizzo regionali e ministeriali, esigenze prioritarie legate al contesto locale.

L'implementazione del sistema della performance potrà pertanto richiedere l'aggiornamento delle strategie e degli obiettivi proposti e l'apporto di eventuali correttivi al Piano.

Il processo legato al ciclo della performance descritto è inoltre passibile di miglioramento in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione, con conseguente possibilità di un riesame complessivo del Piano al fine della messa a punto di attività e strumenti utili al miglioramento dello stesso.

9 - PROCESSO PER LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE ANNUALE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

9.1 – Principi e strumenti del processo

Per la valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale l'Azienda si è dotata di un regolamento ove è previsto un processo per organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a realizzare il ciclo di gestione della performance.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, e del Decreto dell'Assessore alla **Salute** Regione Sicilia del 26/9/2011, ai fini di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redige annualmente i seguenti documenti:

- a) Documento programmatico triennale, piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- b) Un documento, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

9.2 – Processo

L'Azienda, ai fini della Misurazione e valutazione della Performance, ha adottato un documento con le procedure relative a:

- Predisposizione del Piano della performance;
- Ciclo di gestione della performance;
- Predisposizione della Relazione sulla performance.

9.3 - Definizione di Piano della performance

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico - finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Esso è redatto anche in conformità agli atti di programmazione emanati dalla Regione e dallo Stato (Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale) e tenendo conto anche delle indicazioni normative avente ad oggetto la pianificazione e l'evoluzione del sistema sanitario.

9.4 - I soggetti del processo di formulazione del Piano della performance

Il processo di formulazione del piano aziendale prevede il coinvolgimento della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi.

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.
2. I Dipartimenti sanitari, l'Area territoriale e i Distretti Ospedalieri partecipano alla stesura del Piano della performance fornendo indicazioni circa gli obiettivi triennali da perseguire in riferimento agli specifici livelli di assistenza e alle strutture interne.
3. I Dipartimenti amministrativi curano, in particolare, le dinamiche del personale, il programma pluriennale degli investimenti e la quantificazione finanziaria ed economica utile per la realizzazione dei programmi e dei progetti.
4. Il Controllo di gestione supporta il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori sopra indicati.
5. L'O.I.V. garantisce l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo.

9.5 - Il processo di definizione del Piano della performance

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

Definizione dell'identità dell'organizzazione;

Analisi del contesto esterno ed interno;

Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;

Definizione degli obiettivi operativi;

Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

Definizione dell'identità

In questa fase i Coordinatori dell'Area Territoriale, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti hanno il compito di rilevare in modo puntuale i dati quantitativi relativi al proprio settore di attività, riferiti all'esercizio precedente a quello di riferimento del Piano. I dati devono essere rappresentati sinteticamente in prospetti condivisi con chi elabora il documento.

Analisi del contesto esterno ed interno

In questa fase i Coordinatori dell'Area Territoriale, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti devono predisporre una scheda sintetica nella quale evidenziare gli elementi (piani, direttive, etc.) che incidono sulla propria attività e i dati quantitativi o indicatori che consentano di valutare il posizionamento dell'azienda rispetto al contesto esterno regionale/nazionale nonché le criticità principali.

Definizione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi

Sulla base dell'analisi del contesto e delle criticità e tenendo conto degli indirizzi regionali, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti insieme alla Direzione Sanitaria o Amministrativa (a seconda dell'area di competenza) devono definire gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio futuro.

Per ogni obiettivo strategico i suddetti attori predispongono una scheda in cui riportare gli obiettivi annuali da realizzare, l'indicatore e il valore atteso nel triennio, completo di una breve sintesi della finalità dell'attività.

Adozione e comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

L'Azienda adotta il Piano della performance entro il 31 gennaio e successivamente provvede a pubblicare sul sito aziendale istituzionale il Piano.

Di seguito si riportano le fasi del processo seguito per la predisposizione del documento e i soggetti coinvolti.

9.6 - Il processo di definizione del Piano della performance

Il Ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Definizione e assegnazione degli obiettivi

Le funzioni di indirizzo e di decisioni strategiche, sono di competenza della Direzione aziendale; le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono attribuite ai Dirigenti apicali. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa, a cui è collegata una diretta responsabilità dei risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate. Questo principio si attua attraverso il ciclo della performance di seguito indicato.

I piani di medio lungo periodo si traducono in obiettivi annuali negoziati e attribuiti ai Dipartimenti e Strutture apicali e declinati in obiettivi operativi per i Dirigenti delle Strutture attraverso i piani di azione correlati ad ogni obiettivo.

Gli obiettivi possono essere di tipo economico, operativo e di qualità e sono misurati da indicatori capaci di esprimerne il grado di raggiungimento in modo oggettivo.

La responsabilità nel raggiungimento di un obiettivo può essere assegnata ad una struttura organizzativa o a più strutture organizzative, qualora per il raggiungimento sia necessaria un'attività trasversale a più Strutture. In questo caso la Direzione Aziendale individua il Gruppo di lavoro in funzione del coinvolgimento delle strutture ed individua un Coordinatore a cui viene affidato il

compito di definire il Piano di azione e di rapportarsi con la Direzione aziendale per le attività di monitoraggio periodico e finale.

I soggetti del processo di budget

- 1) Il processo prevede il coinvolgimento della Direzione Aziendale, del Controllo di gestione e delle Direzioni dei centri di responsabilità ai vari livelli (Coordinatori, Dipartimenti, UU.OO.).
- 2) La Direzione Aziendale in funzione degli indirizzi della Regione, dello Stato e del contesto aziendale, definisce gli obiettivi strategici e annuali dell'Azienda, specificatamente la Direzione Sanitaria per l'area sanitaria, la Direzione Amministrativa per l'area amministrativa.
- 3) L'U.O. Controllo di gestione coordina le attività di definizione ed assegnazione degli obiettivi.
- 4) Le Direzioni dei Dipartimenti vengono coinvolti nella negoziazione e sottoscrizione delle schede obiettivo secondo le indicazioni della Direzione aziendale; programmano con le strutture operative le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi; hanno la responsabilità del processo di monitoraggio delle attività programmate nei piani di azione.
- 5) Le Unità Operative programmano con le Direzioni dei Dipartimenti con i Dirigenti ed il personale le attività e gli obiettivi operativi da realizzare.

I documenti di programmazione e modulistica

I documenti su cui si fonda il processo del ciclo di gestione della performance sono le schede degli obiettivi ed i piani di azione.

Le schede degli obiettivi costituiscono i documenti con cui la Direzione Aziendale formalizza l'assegnazione degli obiettivi ed i relativi indicatori da perseguire in un definito periodo (solitamente l'anno), facendole sottoscrivere alle strutture individuate.

I piani di azione sono i documenti mediante i quali ciascuna struttura organizzativa pianifica, insieme alle articolazioni aziendali coinvolte, le attività da effettuare per il raggiungimento di ciascun obiettivo, individua i soggetti responsabili coinvolti nel suo conseguimento e fissa le scadenze per ciascuna delle azioni individuate. Il Piano di azione predisposto a livello di U.O. è lo strumento con il quale vengono definiti gli obiettivi operativi dei Dirigenti e viene monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante verifiche periodiche nel corso dell'anno, per consentire l'attuazione di provvedimenti correttivi appropriati e tempestivi, qualora si rendesse necessaria una revisione dell'obiettivo assegnato.

Il Processo del ciclo di gestione della performance

Il processo di misurazione e valutazione della performance definisce le attività da effettuare per:

- la formalizzazione degli obiettivi necessari all'attuazione delle scelte della programmazione aziendale ed alla assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nell'arco temporale previsto;
- il monitoraggio in corso di esercizio;
- la misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Di seguito viene descritto il processo.

Definizione degli obiettivi strategici dell'azienda

La Direzione aziendale individua gli obiettivi strategici da perseguire secondo le modalità indicate nella sezione precedente.

Definizione degli obiettivi annuali dell'azienda

La Direzione aziendale in condivisione con le Strutture di vertice, definisce gli obiettivi annuali aziendali, specificatamente la Direzione Sanitaria per l'area sanitaria, la Direzione Amministrativa per l'area amministrativa.

Assegnazione degli obiettivi

La Direzione aziendale assegna gli obiettivi alle strutture di vertice (Distretti Sanitari Territoriali, Distretti Ospedalieri, Dipartimenti) ed Unità Operative di Staff indicandoli nelle schede obiettivo.

Per ogni obiettivo viene definito il relativo indicatore e si stabilisce il valore atteso a fine periodo.

L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione, sulla base degli obiettivi individuati dalla Direzione, predispone le schede degli obiettivi (vedi allegato 1 "scheda – obiettivo").

I responsabili delle strutture di vertice e delle strutture di staff sottoscrivono le schede congiuntamente con la Direzione aziendale. Per gli obiettivi trasversali a più strutture verranno individuate le strutture coinvolte e un Coordinatore di progetto.

L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione invia le schede all'Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.) e alla struttura del Personale competente ai fini del loro utilizzo per il Sistema Premiante.

Predisposizione dei piani di azione

Il dirigente responsabile della struttura che ha avuto assegnati gli obiettivi da parte della Direzione aziendale, predispone, per ogni obiettivo, il “piano di azione” (Allegato 2) con il gruppo di lavoro definito nella scheda obiettivo, individuando le attività, le strutture responsabili delle singole attività, le date previste. Il trasferimento a cascata degli obiettivi procede fino alle unità operative afferenti attraverso la predisposizione dei piani di azione predisposti dalle strutture sovraordinate coinvolgendo le strutture sottordinate.

Nell’ambito di ogni unità operativa il responsabile, coinvolgendo tutti i dirigenti ed il personale con posizione organizzativa della propria struttura, predispone i piani di azione individuando le attività (obiettivi individuali), i dirigenti responsabili delle singole attività e le date di realizzazione.

I piani di azione, che costituiscono documenti interni, verranno utilizzati dai responsabili delle UU.OO. per monitorare l’andamento delle azioni concordate.

Il responsabile dell’U.O. compila l’elenco del personale dirigente assegnato alla U.O. indicando l’unità operativa, il codice dell’obiettivo, matricola, cognome, nome, data di nascita, qualifica, nonché la firma leggibile per condivisione o non condivisione degli obiettivi da raggiungere. Tale elenco dovrà essere inviato alla Struttura Affari del Personale che verificherà che ogni dirigente abbia avuto assegnato almeno un obiettivo, segnalando l’eventuale mancata assegnazione al responsabile delle corrispondenti unità operative.

Il responsabile dell’U.O., con riferimento agli obiettivi assegnati, individua dei Progetti per il personale non dirigenziale, provvedendo a definire il relativo Piano di azione, con le azioni da raggiungere ed il personale coinvolto. Anche in questo caso provvederà a compilare un elenco nominativo riassuntivo del personale coinvolto inviandolo alla struttura preposta alla gestione del personale.

Monitoraggio intermedio

Le strutture di vertice che hanno sottoscritto le schede obiettivo o il Coordinatore di progetto (in caso di obiettivi trasversali) e le Unità Operative di Staff devono predisporre ogni tre mesi uno stato di avanzamento degli obiettivi in modo schematico da inviare ai Direttori di competenza (Sanitario o Amministrativo) ed all’U.O. Programmazione e Controllo di Gestione;

I responsabili delle UU.OO. per monitorare l’andamento delle attività concordate, utilizzano i piani di azione predisposti con le strutture afferenti.

Qualora nel corso dell’attività, il dirigente sovraordinato dovesse riscontrare una mancata partecipazione da parte di un dirigente all’attività indicata nel piano di azione, che potrebbe inficiare il raggiungimento dell’obiettivo, deve relazionare al dirigente apicale per concordare eventuale soluzione organizzativa (ad es.: sostituzione del dirigente cui viene affidata altra attività), o attivare procedure di responsabilità dirigenziale.

Se occorre la Direzione aziendale, in base agli stati di avanzamento degli obiettivi, può riformulare gli obiettivi.

Verifica finale dei risultati raggiunti

I responsabili delle strutture di vertice e delle strutture di staff, per la conclusione del progetto, predispongono una relazione sintetica finale da cui si evinca per ogni obiettivo il grado di raggiungimento, o meno, dello stesso.

La relazione sopracitata deve essere inviata alla Direzioni Sanitaria e Amministrativa (secondo l'Area di appartenenza), all'U.O. Programmazione e Controllo di gestione ed all'OIV.

Per la misurazione e valutazione della performance individuale si rimanda al regolamento approvato dall'ASP.

La direzione aziendale sulla base delle risultanze degli indicatori predispone la Relazione sulla performance secondo il processo indicato nella Sezione successiva.

Scheda obiettivo

ASP Siracusa	Budget del periodo: _____				
	Responsabile: dr _____				
OBIETTIVI	indicatori				
	descrizione	u.m.	Valore consuntivo	Valore atteso	valore raggiunto
note:					

Piano di Azione

ASP Siracusa	Budat del periodo: Aggiornato al: (1)		
	Responsabile: dr. Obiettivo: (2)		
PIANO DI AZIONE			
FASE (3)	Risultato atteso (4)	Responsabile (5)	Data scadenza (5)
			Prevista Aggiornata Effettiva
1) 2) 3) 4)			
Note:			

LEGENDA:

- 1) indicare la data di redazione del piano.
- 2) riportare la definizione esatta dell'obiettivo come da scheda – obiettivi.
- 3) descrivere sinteticamente le principali azioni suddivise per fase.
- 4) indicare un risultato misurabile (es. documento da produrre, un indicatore specifico ecc.).